BEITRAG ZUR THERAPIE

DER

TUBENSCHWANGERSCHAFT

UNTER BERÜCKSICHTIGUNG DER

HAEMATOCELE RETROUTERINA.

INAUGURAL-DISSERTATION

DER MEDICINISCHEN FACULTÄT

DER

KAISER-WILHELMS-UNIVERSITÄT STRASSBURG

ZUR ERLANGUNG DER DOCTORWÜRDE

VORGELEGT VON

F. KEESÉ

pract. Arzt aus Schlettstadt.

STRASSBURG
Universitäts-Buchdruckerei von J. H. Ed. Heitz
(Heitz & Mündel)
1890.

Gedruckt mit Genehmigung der medicinischen Fakultät der Universität Strassburg.

Referent: **Prof. Dr. Freund.**

MEINEN LIEBEN ELTERN.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41542727_0105

Seitdem wir im stande sind, extrauterine Schwangerschaften, insbesondere aber Tubenschwangerschaften mit einer gewissen Sicherheit zu diagnosticieren, gehören diese nicht mehr zu den Seltenheiten.

Jährlich erscheinen in den verschiedenen Zeitschriften der Geburtshilfe und Gynaekologie zahlreiche Fälle; die meisten werden wohl deshalb veröffentlicht, weil die einen durch irgend ein Moment im Verlauf oder Ausgang der Tubenschwangerschaft besonders interessant waren, während die anderen zur Empfehlung dieser oder jener Behandlungsmethode dienen sollen.

Die schweren Fälle von Tubenschwangerschaft mit Ausgang in Ruptur und letaler Verblutung waren lange Zeit die einzig bekannten; meist wurde die Diagnose erst bei der Autopsie gestellt. So kam man zur Annahme, dass Tubenschwangerschaften überhaupt nur einen letalen Ausgang durch Ruptur des Eisackes haben können.

Die Bildung von Blutgeschwülsten hinter der Gebärmutter war schon längst bekannt und durch Nélaton in ein bestimmtes Krankheitsbild einge-

kleidet worden, als Gallard 1873 auf den innigen Zusammenhang hinwies, welcher zwischen Haematocele retrouterina und Tubenschwangerschaft besteht. Er stellte die Behauptung auf, dass diese Haematocele stets die Folge einer in Ruptur des Eisackes übergegangene graviditas tubaria sei. Diese Behauptung wurde damals angezweifelt. Im Laufe der Zeit hat sich die Aetiologie der Haematocele retrouterina weiter entwickelt, so dass wir heute nach Schröder folgende vier Entstehungsarten annehmen:

1. Durch Blutung aus den Tuben bei Ruptur von Tubenschwangerschaft.

2. Aus den Ovarien, wenn dieselben varicös entartet sind, durch Platzen der bestehenden Blutcysten.

3. Aus den breiten Mutterbändern, wenn die in denselben verlaufenden Blutgefässe sehr varicös entartet sind.

4. Aus der Serosa des Beckens, wobei in Fällen von partieller Pelveoperitonitis die stark vascularisierten Pseudomembranen das Blut liefern. Meist ist dann der Douglas'sche Raum durch Pseudomembrane nach oben hin abgekapselt, so dass die Blutung in eine bereits bestehende oft mit Serum z. T. gefüllte Tasche erfolgt.

Was die Häufigkeit der Entstehung der Haematocele retrouterina aus geplatzter Tubengravidität anbelangt, so hat Veit eine Durchnittszahl von 28% festgestellt. Diese Zahl ist eher etwas zu niedrig als zu hoch genommen. Von 18 im Laufe der letzten 9 Jahre in der Klinik des Herrn Prof. Freund beobachteten Fällen sind 9, bei denen Anamnese so-

wie Untersuchung eine geplatzte Tubengravidität ergaben. Also eine Durchschnittszahl von 50%. Wenn wir freilich diese 18 Fälle zu den 146 von Veit, teils selbst beobachteten, teils beliebig aus der Literatur entnommenen Fällen rechnen, so erhöhen wir zwar die Procentzahl nur um 2 und erhalten 30%. Die genannten 9 Fälle werden wir im Weiteren mitteilen.

Wir hätten also als zweiten Ausgang der Tubenschwangerschaft die Bildung der Haematocele retrouterina zu rechnen.

Dass ein Austragen der Frucht möglich ist, ist durch 9 in Veits «Eileiterschwangerschaft» gesammelten Fälle erwiesen, im Allgemeinen dürfen wir diese Art des Verlaufes der Tubenschwangerschaft als selten bezeichnen.

Wir wollen gleich eines vierten gleichfalls seltenen Ausganges gedenken, nämlich der Fälle, bei denen es durch Entwickelung des Fruchtsackes zwischen den Blättern des ligamentum latum infolge von Blutung zwischen denselben zur Haematombildung kommt.

Es blieben nun noch alle anderen Fälle, bei denen die Diagnose sehr oft richtig auf graviditas tubaria gestellt ist, sehr oft aber wegen der geringen Erscheinungen, welche dieselben verursachen, offen bleibt, nämlich die Fälle, die mit dem Absterben der Frucht enden. Das Absterben der Frucht kann früher oder später eintreten. Ueber die Ursachen, die ein primäres Absterben verursachen, ist wenig bestimmtes zu sagen. Meist tritt die Er-

scheinung sekundär ein; als Folge ein- oder mehrmaliger Ergüsse hinter der Placenta. In solchen Fällen klagen die betreffenden Kranken über häufigeren Blutabgang, wobei sie manchmal Fetzen beobachten, ferner über gleichzeitigen Schmerz auf einer Seite. War die Frucht noch nicht sehr weit entwickelt, so ist der weitere Verlauf meist günstig, indem jene bald resortiert wird. Befand sich dagegen die Frucht schon in einem vorgeschritteneren Entwickelungsstadium, dann ist begreiflicherweise die Resorption eine äusserst langsame; meistens beschränkt sich dieselbe auf den Fruchtsack, während die Frucht selbst einer Lithopaedionbildung anheimfällt.

In den günstigsten Fällen macht dieses Steinkind nur geringe Beschwerden; häufig kommt es aber zu Abscessbildung, die langwierige Eiterungen verursachen. Aus den Eiterhöhlen werden dann schliesslich entweder spontan oder nach Eröffnung die Skelettteile des Lithopaedion ausgestossen.

Bei der Stellung der Prognose fielen hauptsächlich die Fälle von Tubenschwangerschaft schwer in die Wageschale, die mit der Ruptur des Eisackes und letaler Verblutung endeten. Die Prognose fiel demnach schlecht aus. Dies kam hauptsächlich daher, dass diese Fälle das Interesse der Aerzte immer mehr in Anspruch nahmen, als zahlreiche andere, bei denen man oft gar nicht an Tubenschwangerschaft dachte. Man überschätzte daher die Häufigkeit der tödtlichen Ruptur.

Gegenüber diesen mächtigen, oft blitzartig eintretenden innern Blutungen waren die bekannten

Methoden der Blutstillung meist machtlos. So kam man bald zur Einsicht, dass eine geeignete Therapie gefunden werden musste, der Ruptur des Eisackes zuvorzukommen, und suchte man ein Mittel, künstlich den Tod der Frucht herbeizuführen. Man hatte erkannt, dass frühzeitiger Fruchttod meist einen günstigen Verlauf nahm.

Wir wollen nun kurz alle bis jetzt angewandten Methoden aufzählen, ohne uns jedoch näher auf die Kritik derselben einzulassen; jede derselben hat ihre Anhänger gefunden, welche mehr oder weniger Erfolge zu verzeichnen haben.

Wohl die älteste und anscheinend am wenigsten gefahrvolle Methode, die Weiterentwickelung der Frucht zu hemmen, ist die von Amerika ausgegangene und vielfach gebrauchte Anwendung des elektrischen Stromes. Teils liess man den unterbrochenen Strom auf den Eisack einwirken, teils wurde der eine Pol auf das Abdomen, der andere auf das Abdomen appliciert. Andere Aerzte stiessen Nadeln in die Cyste ein und liessen elektromagnetische Ströme durchgehen.

Die zweite Methode, den Tod der Frucht herbeizuführen, ist die Punktion des Fruchtsackes entweder von der Scheide aus oder von den Bauchdecken.

Friedreich versuchte zuerst durch Injektion von Morphium den Fötus zu töten, nachdem Joulin 1863 den Gedanken schon ausgesprochen hatte.

Eine kleine Modifikation erhielt die Methode durch Koeberlé, der in einem Fall zuerst durch

Punktion Amniosflüssigkeit entleerte und hinterher Morphium injicierte.

Die neueste und radikalste Methode besteht in der frühzeitigen Entfernung des ganzen Fruchtsackes durch die Laparotomie. Diese Methode war schon früher in einzelnen Fällen angewandt worden. In neuerer Zeit ist Veit mit Entschiedenheit dafür aufgetreten und hat sie, gestützt auf mehrere Erfolge, als die einzig rationelle Therapie der Tubenschwangerschaft aufgestellt.

Wir werden nun in Folgendem mehrere Fälle von Tubenschwangerschaften mitteilen, bei denen wir Heilung erzielten, ohne dass wir irgend eine der genannten Methoden anwenden konnten.

Sämtliche Fälle sind aus der Klinik von Herrn Prof. Freund.

I. Fall: Frau W . . ., 32 Jahre alt. (1880. Nr. 46.)

Anamnese: Pat. war stets gesund. Mit 19 Jahren wurde sie menstruiert. Sie hat einmal geboren und dreimal abortiert; zuletzt vor fünf Wochen in der 7. Woche ihrer Schwangerschaft. Seit 14 Tagen hat Pat. Schmerzen im Unterleib und profuse Blutungen aus den Genitalien. Sie klagt über beständige Opstipation und Schmerzen beim Urinieren.

Status: Pat. ist hochgradig anämisch; aus den Brüsten fliesst auf Druck Colostrum aus; im Abdomen kein Erguss. Uterus vergrössert, von annähernd gravider Consistenz; nach links verdrängt durch einen empfindlichen mannsfaustgrossen Tumor, auf den

die Tube deutlich übergeht. Derselbe ist elastisch z. T. vor dem Uterus gelagert. Kein Fieber.

Diagnose: Graviditas Tubaria.

Bei Diät, Eis, resorbierender Kur hört die Blutung auf. Der Tumor verkleinert sich rasch.

II. Fall: Victorine M..., 29 Jahre alt. (1882. Nr. 227.)

Anamnese: Pat. war stets gesund; seit dem 15. Jahre ist sie normal menstruiert; hat einmal geboren, vor vier Jahren in der Klinik. Am 18. November 1882 blieb die Regel aus. Pat. hielt sich für schwanger. Am 18. Dezember traten Schmerzen im Leib ein und Blutung aus den Genitalien. Diese dauerte drei Tage sehr reichlich, dazu kamen Wehen. Einmal musste Pat. katheterisiert werden.

Status, 28. Dezember 1882: Pat. ist eine mittelgrosse mässiggenährte Person. Temperatur leicht erhöht. Handbreit über der Symphyse ein mässig harter Tumor. Portio und Uterus dicht an der Symphyse; Uterus handbreit über der Symphyse verdickt und vergrössert. Der Douglas'sche Raum gefüllt durch einen elastischen Tumor, der rechts höher hinaufreicht wie links. Rechts geht vom Uterus eine querverlaufende elastische Resistenz bis zum Becken.

Bei absoluter Ruhe und Umschlägen bricht am 9. Januar das Exsudat spontan per Rectum durch. Schleimig blutige Massen entleeren sich reichlich unter Fieber und Tenesmus bis zum 18. Januar per Rectum. Am 20. ist der Tumor erheblich geschrumpft, der Uterus klein und zurückgesunken; von seiner

rechten Kante führt ein Strang auf einen eigrossen Tumor. Keine Beschwerden.

Am 26. wieder reichlicher Schleim- und Blutabgang; Mikroskopisch nichts nachzuweisen.

Am 27. status. id.

Am 5. Februar ist der Uterus klein, antesinistrovertiert; der Douglas'sche Raum kaum gewölbt. Tumor klein, ganz hart.

Am 25. Februar: Alles bis auf einen Strang im lig. lat. elest. resorbiert.

Am 8. und 9. März tritt spärliche Regel ein.

Darauf wieder mässige Schmerzen, rechts wieder kleine Anfüllung des Tumors.

Am 30. März wird Pat. völlig geheilt entlassen.

Die Diagnose lautet auf graviditas stubaria mit Blutung in den Douglas'schen Raum, spontaner Durchbruch per Rectum.

Bei expectativem Verhalten (Ruhe, Eis, Diät) trat völlige Heilung ein.

III. Fall: Frau Sch . . ., 34 Jahre alt. (1883. Nr. 119.)

Anamnese: Pat. war stets gesund, mit 15 Jahren wurde sie menstruiert, die Regel dauerte 6 bis 7 Tage und war ziemlich profus. Sie hat achtmal rasch hintereinander geboren, darunter 1876 eine Frühgeburt im 7. Monat infolge eines Falles. Damals war sie acht Wochen krank mit Blutung und Schmerzen, später wurde sie wieder ganz gesund. Die letzte Geburt fand statt im Mai 1882. Vom Dezember 1882 bis Februar 1883 blieb die Regel aus, so dass Pat.

sich für schwanger hielt. Darauf trat eine stärkere Regel auf. Später, bis anfangs Juli, wurden die Regeln normal. Da plötzlich brach ausser der Zeit eine profuse Blutung aus, die mehrere Tage dauerte, zugleich bestanden beständige Schmerzen im Kreuz.

Status, 5. September: Mittelgrosse anämische Person, in den Brüsten reichlich Colostrum vorhanden; untere Bauchgegend, besonders links, stark aufgetrieben, wo ein harter Tumor zu fühlen ist, dreiquerfinger über der Symphyse; auch rechts besteht eine empfindliche Resistenz. In der Narkose findet sich der Uterus verlängert, eleviert, geöffnet, dünn, anteponiert, etwas nach rechts verlagert; den Douglas'schen Raum füllt ein weicher Tumor, welcher durch eine schmale Brücke in Verbindung mit dem rechtsseitigen Tumor steht. Dieser, kinderfaustgross, hängt deutlich durch einen Stiel mit der pars kerat. di. zusammen. Der linksseitige Tumor ergiebt sich als die gefüllte Flexur. Die Diagnose lautet auf gravid. tubar. dext. Der linksseitige Tumor schwindet allmählich, bei resorbierender Kur hört die Blutung schnell auf.

7. November: Uterus kurz und dick, noch nahe an der Symphyse. Der Tumor ist erheblich verkleinert, die rechte Tube geht sehr deutlich auf ihn über. Links: Befund normal. — Entlassen 25. November.

IV. Fall: Frau H . . ., 33 Jahre alt. (1883 Nr. 172.)

Anamnese: Pat. war stets gesund aber schwächlich; mit 17 Jahren bekam sie ihre Regel, diese war immer etwas profus, die letzte Regel

war Ende August. Sechs Wochen später traten infolge einer Anstrengung Erbrechen, Diarrhoe und Fieber ein. Drei Tage später entstand Blutung aus den Genitalien, wobei ein weisslicher Fetzen abging. Pat. fieberte weiter, seit 14 Tagen musste Pat. katheterisiert werden.

Status, 22. November: Grazile Person mit allgemein zu kleinem Becken. Temp. 40°, Vagina eng, Uterus dicht hinter der Symphyse, Portio kurz. Uterus vergrössert; im Douglas'schen Raum ein praller Tumor, auf welchen die rechte Tube führt, unter ihr ist auf der Vorderfläche des Tumors das Ovarium dext. zu fühlen. Ovar. sinist. normal.

Diagnose: Graviditas tuberia.

Bei resorbierender Kur verschwindet der Tumor schnell. Pat. am 29. Dezember entlassen.

V. Fall: Frau Sch . . ., 27 Jahre alt. (1885 Nr. 32.)

Anamnese: Pat. war stets gesund; seit dem 16. Jahr menstruiert; die Regel dauerte 8 Tage und war stets normal; Pat. hat zweimal normal geboren. Seitdem sind die Menses unregelmässig, nicht profus und schmerzhaft. Ihre letzte Regel hatte Pat. vor 18 Wochen; vor 10 Wochen begann Pat. zu bluten aus den Genitalien unter heftigen Schmerzen im Kreuz und im Leib; die Blutung dauerte 4 Wochen. Der Leib war aufgetrieben, häufiges Erbrechen fand statt; seit 14 Tagen bemerkte Pat. einen Tumor links unten, sie hält sich für schwanger.

19. Januar, Status: Grazile, gut genährte Person,

anämisch; Temp. 37°, Leib weich, nicht empfindlich, Uterus gegen die Symphyse gedrängt, leicht vergrössert; den Douglas'schen Raum füllt ein grosser elastischer Tumor aus, welcher nach oben bis halbhandbreit über die Symphyse ragt; die linke Tube läuft quer über ihn. Peripher von ihr ist auf dem Tumor das ovarium sinist.

Diagnose: Graviditas tubaria.

Bei resorbierender Kur schrumpft der Erguss auf Faustgrösse. Pat. ist ohne Beschwerde; die Regel wird normal.

VI. Fall: Frau Kr . . ., 25 Jahre alt. (1885 Nr. 54.)

Anamnese: Pat. erkrankte viermal an Pneumonie, einmal an Typhus. Seit dem 17. Jahr menstruiert, Regel stets normal. Pat. hat einmal unter grossem Blutverlust abortiert, einmal normal geboren. Während des Wochenbetts traten Blutungen ein. Seitdem besteht Menorrhagie mit Schmerzen. Seit 14 Tagen hat Pat. beständig anhaltende Blutungen und Schmerzen in der linken untern Bauchgegend. Vor 6 Wochen hatte Pat. ihre letzte Regel.

Status 14. Februar: Schwache, magere und anämische Person; die Brüste sind angeschwollen und enthalten Colostrum, Uterus anderthalbmal so gross; etwas nach rechts gelagert. Von ihm geht links ein hühnereigrosser etwas vor ihm gelagerter Tumor, hinter dem das kleine Ovarium fühlbar ist. Temp. 36°.

Diagnose: Graviditas tubaria.

Es werden heisse Ausspülungen gemacht. Ungt. Kal. jod. — Bei resorbierender Kur bessert sich der Zustand; dieselbe wird auf Wunsch, bevor sie völlig geheilt ist, entlassen.

VII. Fall: Lehnhardt, 27 Jahre alt. (1885 Nr. 227.)

Anamnese: Pat. war früher stets gesund. Seit dem 12. Jahr ist menstruiert. Seit 9 Jahren ist sie verheiratet, seitdem ist sie krank. Gleich in den ersten 14 Tagen schwollen die Genitalien an und secernierten einen eitrigen Fluor; dabei bestand Brennen beim Urinieren, die Beschwerden bestehen alle noch in mässigem Grade. Die jetzige Krankheit begann vor vier Jahren. Die Regel blieb 7 Monate aus, der Leib wuchs an. Pat. konnte rechts einen Tumor konstatieren; bald darauf entwickelte sich eine Nephritis, die wieder heilte; darauf kam die Regel wieder aber ganz unregelmässig. Am 15. September 1884 erfolgte Abort im 7. Monat; vor 2 Monat August 1885 neuer Abort im 3. Monat.

Status, 13. Oktober 1885: Kräftig gebaute, leidend aussehende Person.

16. November 1885. Entfernung einer kindskopfgrossen rechtsseitigen Tuboovarialcyste intraligament. Dieselbe wird ausgeschält. Vernähung oben — Drainage per Vaginam. Uterus und linke Adnexe normal. Heilung!

Am 8. März 1886 kommt Pat. von neuem in die Klinik. Pat. hatte sich von ihrer Operation gut erholt; die Regel war jetzt einmal ausgeblieben. Pat. klagt über Erbrechen und Schmerzen links.

Die Portio vagin. und supravaginal aufgelockert. Uterus leicht vergrössert, liegt median und erscheint etwas gestreckt. Rechts von ihm ist eine wallnussgrosse Härte zu fühlen, links liegt ein über mannsfaustgrosser Tumor von weicher Consistenz und beweglich mit dem Uterus durch einen breiten Strang verbunden.

Diagnose: Gravidit. (extrauterina) (tubaria?).

Pat. wird auf Wunsch entlassen. 28. März.

Am 10. Juli 1886 erscheint Pat. wieder. Schon 25. April war Blut, mit Stücken vermischt, abgegangen. Der Arzt hatte zu Hause schon Stücke entfernt; er hielt den Zustand für gravid. extrauterina.

Bei der Untersuchung zeigt sich der Uterus weich, leicht vergrössert. Der linke Tumor apfelgross, sehr dünnwandig.

Am 4. Juli ist der Tumor bei Diät und Ruhe viel kleiner, so dass Extirpation unnötig wird; durch Ergotincur tritt völlige Heilung ein.

VIII. Fall: Frau Sch . . ., 29 Jahre alt. (1887 Nr. 109.)

Anamnese: Pat. war stets gesund. Seit dem 15. Jahr ist sie regelmässig menstruiert; die Regel war stets profus, dauerte 8 Tage und war schmerzlos. Am 23. März heiratete Pat.; die Regel blieb sofort aus. Pat. hielt sich für schwanger. Ende März erhielt Pat. einen heftigen Stoss an den Arm, so dass Pat. ohnmächtig auf den Boden fiel. Seitdem bestehen heftige Schmerzen links im Abdomen.

Am 6. April erfolgte Blutung und Abgang eines Häutchens, die Blutung besteht noch heute.

Status: 3. Mai 1887. Kleine, sehr anämische Person. Temp. 37°.9. Puls 116. Bauch nicht aufgetrieben, sehr empfindlich, besonders links. In der Narcose findet sich der Uterus locker, antesinistrovertiert, nicht vergrössert. Schräg nach hinten links befindet sich ein apfelgrosser in den Douglas'schen Raum ragender prall elastischer Tumor, auf dem ein kleiner, links vorn und oben befindlicher Tumor (Tube oder ovarium) sitzt.

Diagnose: Gravid. extrauterina (tubaria?).

Nach Eis- und Opiumdarreichung hört die Blutung sofort auf. Die Beschwerden schwinden; der Fall endet in Heilung.

Am 4. Juni Uterus nach links verzogen, durch einen kleinen, harten Knoten in der Gegend der linken Tube.

IX. Fall: Frau B . . ., 24 Jahre alt. (1888. Nr. 148.)

Anamnese: Pat. war bis vor 3 Monaten immer gesund; mit 15 Jahren wurde sie menstruiert; bis vor drei Monaten war die Periode regelmässig, schmerzlos, ziemlich stark, 4 Tage dauernd. Pat. hat nie geboren.

Vor drei Monaten bekam Pat. am ersten Tag ihrer Periode heftige Schmerzen im Leib, die Periode war ziemlich stark, zugleich Schwindel, Kopfschmerz, Ohnmachtsanfall; die Regel dauerte 4 Tage, setzte einen Tag aus, um dann sofort wiederzukommen.

Die Erscheinung wiederholte sich während eines Monats; seit zwei Monaten Regel alle 8 Tage, 4 Tage dauernd und profus. Seit vier Tagen heftige Schmerzen im Leib. Kein Erbrechen; der Leib schwoll nicht an, auch die Brüste sollen nicht zugenommen haben. Stuhl in der letzten Zeit angehalten. Keine Urinbeschwerden.

Status: Pat. ist eine auffallend kleine rachitische Person, die wegen heftiger Blutung und andauernden Schmerzen im Unterleib in die Klinik kommt.

Beckenverhältnisse annähernd normal. Brüste gut entwickelt, kein Colostrum vorhanden. Abdomen gespannt, sehr wenig vorgewölbt. Links von der mässig pigmentierten linea alba bis vierquerfinger über der Symphyse sehr empfindlich. Nirgends Dämpfung oder Resistenz. Die äussern Genitalien etwas unter der Norm, Schleimhaut gerötet, nicht livid; Vagina mässig weit, kurz. Das Touchieren ist sehr empfindlich. Die Harnblase ragt bis ein Querfinger über die Symphyse. Portio kurz, etwas aufgelockert, steht annähernd normal, der Muttermund bildet ein kleines Grübchen, Uterus klein, etwas nach rechts verschoben, antevertiert leicht vergrössert. Derselbe hängt mit seiner linken Kante zusammen mit einem prall elastischen apfelgrossen, wenig beweglichen Tumor, der etwas vor ihm liegt.

Reichlicher Abgang dunklen, bräunlichen Blutes, ohne Gerinnsel und ohne Foetor. Douglas'scher Raum und Parametrium frei.

Diagnose: Graviditas tubaria sinistr.

Therapie: Absolute Ruhe, Diät, Fisblase, Pulv. Dover.

Nach vier Tagen fühlt sich Pat. soweit wohl, dass sie aufstehen möchte.

Uterus etwas angeschwollen, blutet nicht mehr, dagegen geht reichlich dicker Schleim ab. Der Tumor hat sich auf die Hälfte verkleinert und ist jetzt als die über zwei Finger dicke, wurstförmige linke Tube zu erkennen.

Am 9. Juli ist der Tubentumor noch wallnussgross, hart und unempfindlich.

Am 19. Juli tritt die Regel, von kolikartigen Schmerzen begleitet, auf; gering ohne Gerinnsel, dauert bis 21. Juli. 28. Juli wird Pat. entlassen, der Tubentumor war noch kirschkerngross.

X. Fall: Frau R . . ., 48 Jahre alt. (1888. Nr. 211.)

Pat. war immer gesund. Seit dem 14. Jahre regelmässig menstruiert. Pat. ist seit 24 Jahren verheiratet. Sie hat sechsmal geboren und einmal abortiert. Die 6. Geburt verlief regelmässig; am 2. Tag des Wochenbetts traten Fieber, Frost, Delierien und Kopfschmerzen ein. Pat. bekam die Gelbsucht, der Leib war aufgetrieben, schmerzlos, die Beine waren geschwollen. Das Kind starb an derselben Krankheit. Die Frau genass nach vier Wochen. Die Periode war bis vor zwei Wochen regelmässig, da blieb die Regel zweimal aus; Pat. bemerkte eine geringe Zunahme des Leibes, sie hält sich für schwanger. Seit 10 Tagen verspürt sie in der Mitte des Leibes eine schmerzlose Härte, die grösser wurde. Vor 14 Tagen, 10. August, wo

sie ihre Periode bekommen sollte, trat während der Hausarbeit eine Blutung ein, welche Pat. anfangs für die Periode hielt. Die Blutung dauert aber fort und ist heftiger geworden, das Blut ist mit Klumpen vermischt.

Status: Ziemlich magere Person. Reichlicher Abgang dünnen fluors und mässig viel Blutes aus der Scheide; der Unterleib links andauernd schmerzhaft; Abdomen stärker als normal vorgewölbt. In der regio iliaca ein birnförmiger harter beweglicher Körper; bei kombinierter Untersuchung erweist er sich als der um das Doppelte vergrösserte, stark elevierte Uterus von annähernd gravider Consistenz, Portio hypertrophisch, weich, ectropioniert. Cervix für einen Finger durchgängig; os intern. für die Fingerkuppe passierbar, entleert frisch geronnenes Blut. Hinter dem Uterus den ganzen Douglas'schen Raum anfüllend und bis ins grosse Becken hinaufsteigend befindet sich ein weicher Tumor, auf den die linken Adnexe überzugehen scheinen.

Diagnose: Gravid. tubar. rupt.

Therapie: Ruhe, Eis, Opium.

18. September. Pat. fieberfrei; das Exsudat zeigt nur geringe Neigung zum Schrumpfen.

21. September. Pat. wird auf Wunsch entlassen; Allgemeinbefinden sehr gut; Genitalstatus unverändert.

XI. Fall: Frau W . . ., 49 Jahre alt. (1888. Nr. 208.)

Pat. war immer gesund, seit dem 18. Jahr ist sie regelmässig etwas reichlich menstruiert. Pat. hat

zehnmal geboren, zuletzt vor 9 Jahren. Vor 8 Tagen, 15. August, trat zur Zeit ihrer Periode heftige Blutung ein, so dass Pat. ohnmächtig wurde; das Blut roch ziemlich stark und war mit grünlichen Fetzen vermischt, zugleich bestanden Schmerzen im Kreuz und in der rechten Seite, Schüttelfrost, Kopfweh und Schwindel. Das Urinlassen war schmerzhaft. Die Blutung ist jetzt etwas geringer, besteht aber noch.

Status 22. August: Grosse, jetzt heruntergekommene Person, die einen schwerkranken und erschöpften Eindruck macht. Temp. 39°, Puls 112, regelmässig, nicht besonders klein. Bedeutende Anaemie der Schleimhäute. Abdomen gespannt untere Bauchgegend sehr schmerzhaft. Harnblase klein stark in die Höhe gezogen. Vulva klafft, hintere Vaginalwand prolabiert, laquear vorgewölbt durch einen ziemlich weichen empfindlichen Tumor, der den Douglas'schen Raum ausfüllt und nur wenig ins kleine Becken hineinragt. Vor ihm liegt der kurze aber hypertrophische Uterus ad maxim. eleviert und fest an die vordere Bauchwand gepresst.

Diagnose: Gravid. tub. rupt.

Therapie: Eis, Ruhe, Opium.

Am 10. September. Exsudat im Douglas'schen Raum gut geschrumpft; uterus nicht mehr eleviert.

13. September. Exsudat geschrumpft. Pat. wird entlassen.

XII. Fall: Frau S . . ., 30 Jahre alt. (1889. Nr. 215.)

Anamnese: Pat. war immer gesund, men-

struiert wurde sie mit 16 Jahren, Periode dauerte 8 Tage, war stark und in den zwei ersten Tagen schmerzhaft. Vor zwei Jahren hat sie einmal geboren. Geburt und Wochenbett waren normal. Nach einem halben Jahr trat die Periode wieder ein. Ihre letzte Periode hatte Pat. vor Mitte Februar. Pat. hält sich für schwanger; die Brüste sollen dicker sein. Am 20. April trat eine Blutung aus den Genitalien ein, die vor 10—11 Tagen stärker wurde; auch sollen Fetzen abgegangen sein. Vor Anfang der Blutung bestanden geringe Schmerzen im Unterleib rechts. In den ersten drei Wochen entstanden wehenartige Schmerzen, ein Arzt erklärte Pat. für gravid. Da die Blutung immer heftiger wurde, kam Pat. in die Klinik.

Status: Pat. ist eine grosse, gut genährte Frau; sie klagt über Ziehen in dem Unterleib auf der rechten Seite, besonders aber über anhaltende Blutungen aus den Genitalien. Temp. 37°6, Puls regelmässig, weich 104. — Die Brüste entleeren Colostrum. Abdomen stärker gewölbt und gespannt als normal; rechte Inguinalgegend druckempfindlich, daselbst geringe Dämpfung.

Aus den normal entwickelten Genitalien fliesst ohne Wehen dunkles, schmieriges, nicht riechendes Blut, ohne Fetzen und Coagulis. Vagina weit, schlaff, nicht livid. Portio aufgelockert, von gravider Consistenz, steht zu weit links. Muttermund etwas rundlich geöffnet. Uterus entschieden vergrössert, weich, antevertiert, nach links verschoben durch einen weichen etwas teigigen Tumor von über Faustgrösse,

der rechts seitlich und hinter ihm liegt; nach oben ist der Tumor nicht abgrenzbar; seine Oberfläche ist etwas uneben, mit dem Uterus steht er offenbar in ligamentöser Verbindung. Die linken Seitenteile sind frei.

Diagnose: Gravidit. tubar. dextr.

Therapie: Absolute Ruhe, strenge Diät, Priessnitz. Täglich 2 warme Ausspülungen.

12. Juli. Seit 6 Tagen besteht gelblicher Ausfluss, Decidua ist nie abgegangen, der Uterus hat sich verkleinert, der rechtsseitige Tumor ist kinderfaustgross.

24. Juli. Pat. hat bräunlichen Blutabgang der menstruell aussieht. Pat. hat heftige kolikartige Schmerzen rechts; der Urin kann nicht spontan gelassen werden. Pat. muss catheterisiert werden; mit dem Katheter fühlt man den die rechte Blasenwand eindrückenden Tumor. Puls beschleunigt. Bei der Untersuchung per Vaginam ergiebt sich der Tumor als die rechte Tube, die doppelt so prall gefüllt ist als bisher. Eisblase wird appliciert, 0,01 Morphium.

30. Juli. Bei antiphlogistischer Behandlung verkleinert sich der Tumor; er ist weniger prall. Seit drei Tagen besteht bräunlicher Ausfluss; kein Blut.

10. August. Auf Wunsch wird Pat. entlassen, von operativen Eingriffen will Pat. nichts wissen.

Uterus fast contrahiert, anteflectiert, ganz nach links verschoben durch den kleinapfelgrossen härtlichen Tumor. Pat. wird auf die Bedenklichkeit ihres Zustandes aufmerksam gemacht und erhält hinsichtlich ihres Verhaltens genaue Vorschriften.

XIII. Fall: Frau G . . ., 39 Jahre alt. (1885. Nr. 225.)

Anamnese: Pat. war niemals krank, Periode war stets regelmässig. Sie hat drei Geburten durchgemacht, darunter 2 Aborte. Nach der ersten Geburt erkrankte Pat. an Peritonitis. Die jetzige Krankheit begann vor 9 Wochen mit heftigen Blutungen aus den Genitalien und Leibschneiden. Unter dem Blut sollen Fetzen vorhanden gewesen sein. Vor drei Wochen will Pat. eine Peritonitis gehabt haben. Ob die Regel ausgeblieben ist, ist nicht angegeben.

Status, 17. Dezember: Kräftig gebaute Person, kein Fieber, leichter Icterus. Abdomen leicht aufgetrieben und schmerzhaft. Braunrotes nicht riechendes Blut ohne feste Bestandteile fliesst aus den Genitalien. Portio hoch oben an der Symphyse. Der Uterus ist weich, leicht vergrössert und liegt retrosinistroflectiert einem faustgrossen, härtlichen, sehr empfindlichen Tumor auf, der der linken Tube entspricht und in den Douglas'schen Raum ragt.

Diagnose: Gravidit. tubar.

13. Januar. Bei Diät und Ruhe, Priessnitzapplikation steht die Blutung.

XIV. Fall: Frau Sch . . ., 38 Jahre alt. (1885. Nr. 77a.)

Anamnese: Pat. war stets gesund; seit dem 13. Jahr wird sie alle drei Wochen schwach menstruiert. Pat. hat zweimal normal geboren. Seit längerer Zeit besteht Fluor albus; die letzte Regel

hatte Pat. am 20. Dezember. Seit $2^1/_2$ Monaten besteht andauernd geringer Blutabgang. Am 6. März traten Wehen ein, seitdem leidet Pat. an anhaltenden Schmerzen und Obstipation.

Status 9. März: Grazile Person, Portio weich, Uterus zwei Querfinger über der Symphyse, von seiner linken Kante geht ein wurstförmiger dreifingerdicker Tumor aus, der in einen weichen sehr schmerzhaften Tumor im Douglas'schen Raum übergeht. Muttermund rund, durchgängig. Der Tubentumor wächst langsam. Am 21. März treten Wehen ein, worauf Wasser mit Blut vermischt und Deciduafetzen abgeht. Es werden Eis und Opium verordnet.

Am 24. März geht abermals ein grosser Deciduafetzen ab.

7. April. Der Tumor ist viel härter geworden; auch findet sich rechts noch ein kindsfaustgrosser Tumor. Dir Temp. beträgt 38°5.

10. April. Regio hypogastric. stark aufgetrieben, besonders links. Starke Anschwellung des rechten Oberschenkels, weniger links. Fundus uteri, ein Querfinger über der Symphyse, links, findet sich ein mannsfaustgrosser Tumor, der direkt aus der linken Uteruskante zu kommen und mit der Bauchwand verwachsen zu sein scheint. Dieser Tumor sitzt dem den Douglas'schen Raum ausfüllenden Tumor auf. Rechts ist ein ovaler Tumor zu fühlen. Uterus 9 cm lang; dünnwandig, weit; die Blase steht hoch.

11. April. Man entschliesst sich zu operativen Eingriffen:

1. Durch Punktion des Douglas'schen Raums wird mittels des Potain'schen Apparates sehr viel dunkles, dickes Blut entleert.

2. Es wird ein Einschnitt gemacht, durch welchen man in eine glatte mit Coagulis angefüllte Höhle dringt. Dieselbe wird ausgespült; ein Fötus kann nicht gefunden werden. Mikroskopisch nichts charakteristisches. Die Höhle wird mit Gaze ausgestopft. Abends Temp. 37°4. Die Ausspülungen werden täglich wiederholt. Der Verlauf ist durchaus gut.

Vom 17.—27. April tritt eine neue Blutung ein, die offenbar menstrueller Natur ist.

29. April. Uterus kaum doppelt zu gross, antedextrovertiert. Cervix geschlossen. Rechts nur mässige Infiltration. Links in der Ovarialgegend eine derbe, kinderfaustgrosse Masse, die unempfindlich ist. Incision geschlossen.

17. Mai. Pat. wird geheilt entlassen.

Diagnose: Gravidit. tubar. rupt. — Haematocele retrouterin.

XV. Fall: Frau Sch . . ., 28 Jahre alt. (1880. Nr. 116.)

Anamnese: Pat. war stets gesund; seit dem 12. Jahr ist sie regelmässig menstruiert. Sie hat dreimal geboren, zuletzt vor vier Jahren. Seitdem bestehen Schmerzen im Unterleib, die bis in die Oberschenkel ausstrahlen. Ihre letzte Regel hatte Pat. am 5. Juli. Die Brüste schwellen an, Pat. hielt sich für schwanger. Seit drei Wochen hat sie wehen-

artige Schmerzen. Gestern früh bekam Pat heftigen Harndrang; auf dem Nachttopf wurde sie ohnmächtig; die Ohnmachten traten noch öfter ein.

Status: 4. November 1880. Sehr kräftige Person. Kleiner frequenter Puls. Keine äussere Blutung. In der Narcose findet sich der Uterus vergrössert; anteponiert durch einen den Douglas'schen Raum füllenden fluctuierenden Tumor, der sich beiderseits in die Höhe erstreckt.

5. November. Pat. ist sehr anaemisch, das Sensorium ist frei. Der Leib ist aufgetrieben; unten besteht ausgedehnte Dämpfung. Nachts hat eine reichliche Blutung stattgefunden.

Therapie: Aether, Eis, Eismilch, Opium.

7. November. Der Erguss erstreckt sich bis drei Querfinger unter den Nabel. Bei obiger Therapie hat sich Pat. am 22. November wesentlich erholt. Der Uterus steht fest an der Symphyse. Im Douglas'schen Raum findet sich ein dicker Tumor, der sich nach links zur Beckenwand fortsetzt.

6. Dezember. Pat. steht auf, der Tumor erheblich kleiner, resorbiert sich schnell.

Pat. wird ohne Beschwerden entlassen.

Diagnose: Haematocele retrouterina infolge von Gravid. tubar. rupta.

XVI. Fall: Frau G . . ., 31 Jahre alt. (1882. Nr. 36.)

Anamnese: Pat. war stets gesund. Seit dem 16. Jahre ist sie normal menstruiert, stets etwas profus. Sie hat dreimal geboren, zuletzt vor zwei

Jahren; bei der letzten Geburt trat in der dritten Geburtsperiode eine ziemlich starke Blutung ein. Ihre letzte Regel hatte Pat. vor 5 Wochen u. z. 10 Tage zu spät. Sie war auffallend stark und dauerte 14 Tage. Anfangs ging ein markstückgrosses Häutchen ab. Pat. fühlte dabei leichte Wehen. Seitdem bestehen Schmerzen im Unterleib und leicht blutiger Fluor.

Status 14. Januar: Kleine, gut genährte Person. Temp. normal, Uterus vergrössert, locker, Median fest gegen die Symphyse gepresst durch eine grosse Haematocele. Muttermund leicht geöffnet.

Diagnose: Haematocele retrouterin. — Gravid. tubar. rupt. Nach 14 Tagen Ruhe bei resorbierender Kur ist der Tumor erheblich verkleinert. Pat. verlässt eigenwillig die Klinik.

XVII. Fall: Frau K . . ., 36 Jahre alt. (1884. Nr. 231.)

Anamnese: Seit dem 15. Jahr ist Pat. stets normal menstruiert. Sie hat einmal geboren vor 16 Jahren, vor acht Jahren abortierte sie im zweiten Monat; darauf hatte sie vier Wochen lang Fieber. Ihre letzte Regel hatte sie am 7. August. Sie hielt sich für schwanger. Am 1. Dezember traten heftige Wehen ein und Blutungen aus den Genitalien, dieser Zustand besteht bis heute. (6. Dezember) mit geringer Unterbrechung.

Status 6. Dezember: Mässig genährte Frau; kein Fieber. Cervix dick, Uterus nicht vergrössert, antedextroflectiert; nach vorn gedrängt durch einen

prallen Tumor, der den Douglas'schen Raum füllt. Die Brüste enthalten Colostrum.

Diagnose: Haematocele retrouterin. Gravidit. tub. rupt. Bei Ruhe und Salzumschlägen nimmt der Tumor rasch ab; die Beschwerden schwinden bald.

Am 23. Dezember wird Pat. auf Wunsch entlassen, zu Hause macht sie eine resorbierende Kur durch, worauf völlige Heilung eintritt.

XVIII. Fall: Emma B . . ., 35. Jahre alt. (1887. Nr. 3.)

Anamnese: Pat war stets gesund; seit dem 16. Jahr ist sie regelmässig aber sehr schwach menstruiert. Pat. war nie schwanger, seit 7 Wochen ist jetzt die Regel ausgeblieben. Vor drei Tagen entstanden heftige Schmerzen rechts im Leib und mässige Blutungen aus den Genitalien.

Status: 10. Dezember. Grosse, starke, blasse Person. Temp. 37°1. Puls 128. Leib etwas aufgetrieben und sehr schmerzhaft. Die Brüste enthalten Colostrum. Aus den Genitalien geht schwarzes Blut ab. Portio virginal. Im Douglas'schen Raum besteht ein grosses empfindliches Exsudat; der Urin wird durch den Catheter entleert. Pat. hat häufiges Erbrechen. Auf Eis und Opium keine Besserung.

13. Dezember. Delirium, Athmung sterkorös, Puls 142. Temp. 37°7. Aether subcutan. — Nachts Sensorium frei.

14. Dezember. Temp. 36°2. Puls 142. Sensorium klar. Abdomen überall tympanitisch. Auf Clysma erfolgt reichlicher fester Stuhl.

20. Dezember. Bis heute tritt relative Besserung ein; früh 39°5 mit 140 Pulsen. Portio an die Symphyse gepresst; Muttermund geschlossen, Uterus vergrössert, rechts vorn von diesem eine grosse Haematocele. Pat. hat Erbrechen. Auf Eis und Opium tritt etwas Besserung ein.

24. Dezember. Pat. hat spontan Urin gelassen. Allgemeinbefinden gut. Temp. 37°7.

5. Januar. Wie bisher leicht erhöhte Temp. Heute geringe Pleuritis dextr. nachweisbar; der Tumor ist stark gewachsen, reicht bis zum Nabel. Durch Punktion wird dicke, blutige Flüssigkeit entleert.

10. Januar. Narcose: Eröffnung des laquear postic; wonach enorm viel lederartige Coagula entleert werden; der Finger dringt in eine glattwandige Höhle. Der Uterus liegt vorn dem Tumor auf; derselbe ist lang. Beim Sondieren geht aus ihm Schleim und ein kleiner mikroskopischer als Decidua festgestellter Fetzen ab. Die Haematocele heilt rasch.

Diagnose: Haematocele retrouterin. Gravid. tub. rupt.

XXI. Fall: Frau Str. . ., (1888. Nr. 5.)

Anamnese: Pat. war stets gesund. Seit dem 16. Jahr ist sie regelmässig 2—3 Tage nicht profus menstruiert. Sie hat 13 Mal geboren. Vor sechs Jahren war sie zwei Monate krank infolge des fieberhaften Wochenbettes. Im Juni 1887 war die Geburt eine Querlage, wobei die Wendung gemacht wurde. Darauf erfolgte die Regel erst am 25. November. Im De-

zember blieb sie aus. Anfangs Januar traten mässige Blutungen ein mit heftigen Schmerzen im Leib.

Status 6. Januar. 1887: Kräftig gebaute magere anaemische Person. Temp. 37°6—37°8 Abends. Der Leib ist mässig aufgetrieben, links sehr schmerzhaft. Die Brüste enthalten Colostrum; der Uterus ist aufgelockert, etwas vergrössert, antevertiert und nach rechts verschoben durch eine grosse weiche Resistenz, die dem ligam. latum angehört und z. T. in den Douglas'schen Raum reicht. Dieselbe ist sehr empfindlich, nicht beweglich. Reichlicher Abgang dunklen, nicht riechenden Blutes. Allmählich bildet sich eine grosse Haematocele aus.

Am 11. Februar wird durch Probepunktion (im laquear) altes dunkles Blut aus der Geschwulst entnommen.

Seit dem 16. täglich Fieber 39° 3. — Die Haematocele wird eröffnet. — Heilung nach einer Fieberperiode.

XX. Fall: Frau G . . ., 24 Jahre alt. (1887. Nr. 253.)

Anamnese: Pat. war stets gesund. Seit dem 14. Jahre ist sie regelmässig vier Tage lang menstruiert. Sie hat viermal normal geboren. Vor drei Monaten bekam sie Hämoptoe. Seitdem blieb auch die Regel aus. Vor drei Wochen trat eine Blutung aus den Genitalien auf mit Abgang von Fetzen, zugleich bestanden Schmerzen im Leib. Ein Arzt hielt den Zustand für Abort.

Status 5. Oktober 1887: Magere anaemische

Person. Temp. 38° 9. 12° Pulse. Infiltration der rechten Lungenspitze. Leichter Icterus. Der Uterus ist ganz an die vordere Beckenwand gedrückt; er erscheint locker und leicht vergrössert. Hinter demselben ist eine grosse Haematocele. Die Blase ist eleviert.

Diagnose: Haematocele retrouterina. — Gravid. tub. rupt.

Die Probepunktion erweist altes, nicht riechendes Blut; darauf zwei Tage lang fast fieberfreier Zustand. Am dritten Tage tritt ein Schüttelfrost ein; die Temperatur steigt auf 39° 1. Durch Punktion wird aashaft stinkendes Blut entleert.

Am 17. Oktober wird das Laquear eröffnet und $^1/_2$ Liter stinkendes Blut entfernt. Nach zwei Tagen folgt die Eröffnung einer sekundären Tasche von der alten Incision aus, wobei literweise stinkendes, mit Klumpen vermischtes blutiges Secret entleert wird.

Mikroskopisch werden Eihautreste, Streptococcen und Bacillen festgestellt.

Der Fall endet in Heilung.

XXI. Fall: Frau F . . ., 32 Jahre alt. (1886. Nr. 22.)

Anamnese: Pat. stammt aus phtisischer Familie. Seit dem 13. Jahr nach Dauer und Stärke, stets mit Schmerzen menstruiert. Sie hat einmal vor sechs Jahren geboren (Wendung). Seitdem hat sie stets Schmerzen links. Anfangs wurde sie wegen Perimetritis behandelt, dann wegen eitriger Bartholinitis. Seit der letzten Regel vor 14 Tagen bestehen beständig Blutungen mit Fetzenabgang.

Status 30. Januar 1886. Heruntergekommene Person. Temp. 38° 2. Puls 108.

Abdomen aufgetrieben, links unten sehr empfindlich. Portio lang, aufgelockert, wie gravid. Im innern Muttermund befinden sich Coagula. Uterus locker, antevertiert und gegen die Symphyse gepresst, nicht vergrössert. Es lässt sich eine ziemlich grosse Haematocele nachweisen. — Eisapplikation.

27. Februar. Uterus mehr zurückgegangen. Das Exsudat im Douglas'schen Raum ist bedeutend zurückgegangen. Es lässt sich ein linksseitiger Ovarialtumor (?) abtasten.

4. März. Der linksseitige Ovarialtumor erscheint jetzt deutlich gestielt, faustgross. Pat. hat keine Beschwerden.

Vom 6.—8. März stellt sich die Regel ein; nicht profus.

10. März. Pat. wird entlassen. Das Exsudat ist verschwunden. Der Tumor ist beweglich. Kaum faustgross und macht keine Symptome.

18. Mai 1887 zweite Aufnahme. Pat. ist wieder stark heruntergekommen und hat heftige Schmerzen links unten. Kein Fieber. Der Uterus ist retroponiert, nach links gezogen durch den ziemlich harten, mit entzündlichen Massen umgebenen Tumor, auf den die linke Tube deutlich übergeht. Resorbierende Kur.

Die Operation wird schon ins Auge genommen, da zeigt sich am 14. Juni der Tumor auf Nussgrösse geschrumpft. Der Uterus beweglich.

XXII. Fall: Frau Sch . . ., 32 Jahre alt. (1888. Nr. 346.)

Anamnese: Pat. war stets gesund; mit 15 Jahren wurde sie regelmässig 2—3 Tage lang mässig menstruiert. Krampfhafte Schmerzen im Unterleib gingen meistens voraus. Vom 22.—28. Jahr hat sie viermal normal geboren; sodann viermal abortiert im 4.—5. Monat; zuletzt vor einem Jahre. Ihre letzte Regel hatte sie vor fünf Tagen; vor drei Tagen bestanden Schmerzen im Unterleib.

Status: Grosse kräftige, leidend aussehende Person. Temp. 36° 9. Abends nach der innern Untersuchung 40° ohne Schüttelfrost. Geringe Anaemie.

Pat. klagt über anhaltende heftige Schmerzen im Unterleib. Das Abdomen ist schlaff, in der Unterbauchgegend sehr empfindlich, etwas gespannt, leicht vorgetrieben. Aus der aufgelockerten Scheide fliesst mässiges bräunliches Secret. Portio eleviert, steht hinter der Symphyse; der äussere Muttermund klafft, der Cervix ist geschlossen. Uterus klein, von normaler Consistenz, schwach antevertiert, ganz an die vordere Bauchwand gedrängt durch einen faustgrossen Tumor im Douglas'schen Raum.

Therapie: Eisblase, Priessnitz, Ol. Ricin.

Der Tumor schrumpft sehr rasch.

Am 23. Dezember findet sich an Stelle des Exsudats nicht schmerzhafte Stränge; Uterus klein, fast an normaler Stelle.

Vorstehende 22 Fälle können wir, ihrem Verlaufe nach, nach zwei Gesichtspunkten ordnen.

Wir teilen dieselben in Tubenschwangerschaft mit drohender Ruptur und Tubenschwangerschaft mit erfolgter Ruptur. (Fall 1—14) und Fall (15—22).

Die Fälle 1—14 sind dadurch charakterisiert, dass in dem Wachstum des Eies Störungen eingetreten sind, und zwar handelte es sich meist um Einreissen der Wandung des Fruchtsackes mit mehr oder weniger grossem Blutaustritt.

Bei den Fällen 15—22 tritt mehr das Bild der Haematocele in den Vordergrund, deren Entstehung meist auf graviditas tubaria zurückzuführen ist.

Gerade bei den Fällen von Tubenschwangerschaft, bei denen bereits die Zeichen drohender Ruptur eingetreten sind, müssen wir am meisten besorgt sein, die Gefahren der inneren Verblutung durch eine geeignete Therapie zu beseitigen; denn das sind die Fälle, die der Arzt am häufigsten zu Gesicht bekommt.

Frauen, die an Tubenschwangerschaft leiden, suchen meist erst dann ärztliche Hilfe, wenn die Zeichen drohender Ruptur eingetreten sind. In der Mehrzahl der Fälle giebt die Patientin an, die letzte Regel sei ausgeblieben, so dass sie sich für schwanger hielt, plötzlich sei sehr oft nach starker Anstrengung oder Erkältung ausser der Zeit eine mehr oder weniger starke Blutung eingetreten, begleitet von Schmerzen in einer Seite. Die genauere Untersuchung ergiebt meist die Zeichen der graviditas tubaria mit drohender Ruptur, und hier ist es

dann besonders wichtig zu wissen, was man zu thun hat.

Wie wir aus den oben mitgeteilten Fällen ersehen können, war unsere Therapie relativ ganz einfach. Sobald wir uns von dem Zustand der Patientin überzeugt hatten, empfahlen wir die äusserste Ruhe, legten Eis aufs Abdomen; durch eine spätere resorbierende Kur erzielten wir in nicht allzu langer Zeit völlige Heilung.

Seitdem die Laparotomie in der Therapie der Tubenschwangerschaft durch eine Reihe von Erfolgen in den Vordergrund getreten ist, lässt sich nun die Frage aufwerfen, ob auch in diesen Fällen, wo bereits in der Entwickelung der Frucht Störungen eingetreten sind, das operative Eingreifen indiciert ist. Veit, Olshausen, Martin, Fehling, Frommel, Schwarz haben sich dafür entschieden; andere sprechen sich dagegen aus. Auch wir halten in diesen Fällen die Laparotomie für nicht indiciert und stehen entschieden auf dem Standpunkte des Abwartens.

Dadurch dass wir abwarten, durch Ruhe und Eisapplikation die Blutung verlangsamen, können wir einerseits diese ganz hemmen, anderseits bleibt uns immer die Möglichkeit der Haematocelenbildung. Je schleichender die Blutung ist, desto günstiger sind die Verhältnisse für das Entstehen der Blutgeschwulst, und jedem Arzt wird dieser Ausgang der Tubenschwangerschaft erwünscht sein.

Wenn auch die Haematocele manchmal durch einen abnormen Verlauf schwere Erscheinungen

macht oder durch Verjauchung ihres Inhaltes die Gefahr der Sepsis mit sich bringt, so gilt doch die Prognose allgemein als günstig.

Ist uns also durch eine resorbierende Kur die Möglichkeit gegeben, in Ruptur begriffene Tubengraviditäten zu heilen, und können wir ausserdem die Bildung der Haematocele erhoffen, so gestaltet sich 1. die Prognose im Allgemeinen günstiger; 2. wird die Indikation der Laparotomie bei Tubenschwangerschaft eine beschränktere werden. Wir werden uns zur Operation nur in den Fällen entschliessen, wo die Blutung einen direkt lebensgefährlichen Charakter annimmt; in drei Fällen der höchsten Verblutungsgefahr hat Prof. Freund die Laparotomie mit Erfolg ausgeführt.

Obgleich die Laparotomie bei dem heutigen peinlich aseptischen Verfahren nicht mehr als eine sehr lebensgefährliche Operation zu betrachten ist, so wird man doch bei Tubenschwangerschaft einer einfachen und unblutigen Heilmethode den Vorzug geben und nicht gleich den Fruchtsack gleichsam wie einen bösartigen Tumor extirpieren wollen.

Selbst in den Fällen, wo die Diagnose: Tubenschwangerschaft bei noch lebender Frucht gestellt wird, wo noch keine Anzeichen drohender Ruptur bestehen, werden wir uns eher der Ansicht Spencer Wells anschliessen und abwarten. Lebt die Frucht weiter, und tritt Ruptur ein, so können wir durch eine resorbierende Kur Heilung erzielen, wenn nicht gerade ein böser Zufall die Blutung blitzartig und stürmisch eintreten lässt. In der Regel zerreisst der

Fruchtsack allmählich, was durch wiederholte kleinere Blutungen zu erkennen ist; die Folge davon wird der Tod der Frucht sein, sodass auf natürlichem Wege, das erreicht wird, was durch die Laparotomie bezweckt werden soll. Die Ruptur tritt meist im 2.—3. Monat ein; ist dieselbe zu der Zeit nicht eingetreten, und entwickelt sich die Frucht noch weiter, so haben wir es mit Ausnahmfällen zu thun und werden uns zur Laparotomie entschliessen müssen.

Wir wollen nun noch einige kurze Worte über die Therapie der Haematocele retrouterina sagen.

Im allgemeinen beschränkt sich dieselbe auf eine resorbierende Kur, so lange nicht durch eingetretene Verjauchung des Inhalts ein operatives Eingreifen erforderlich ist. Unter den oben angegebenen Fällen sind vier, bei denen ein operatives Eingreifen notwendig war. In Fall 14 hatte die Haematocele durch ihre grosse Ausdehnung Stauungserscheinungen hervorgerufen, welche nach der Incision rasch schwanden; ebenso war in den Fällen 18 und 19 die Eröffnung der Haematocele durch die andauernd grosse und gleiche Ausdehnung derselben und die geringe Neigung zur Resorption indiciert.

In Fall 20 zeigte das Eintreten des Schüttelfrostes und das Ansteigen der Temperatur an, dass der Inhalt der Geschwulst in Verjauchung übergegangen war.

Wir entnehmen daraus, dass, wenn nach einer längeren Zeit ihres Bestehens die Haematocele sich nicht verkleinert, der Inhalt derselben nicht mehr resorbierbar ist und deshalb künstlich zu entfernen ist.

In jedem der vier Fälle haben wir uns durch die Probepunktion zuerst davon überzeugt, worauf wir sogleich incidierten, ohne erst abzuwarten, dass Schüttelfrost und Temperatur anstieg, die Verjauchung des Haemotoceleninhalts angaben. In allen Fällen haben wir die Eröffnung vom laquear postic. aus gemacht, die Höhle nachher ausgespült und drainiert; nach kurzer Zeit waren die Fälle geheilt.

Durch Mitteilung der vorstehenden Fälle von Eileiterschwangerschaft dürften wir in Betreff der Therapie zu folgendem Schluss kommen:

1. Tubenschwangerschaften mit drohender Ruptur werden wir stets expectativ behandeln.

2. Wir werden die Laparotomie nur in den Fällen lebensgefährlicher Verblutung als lebensrettende Operation ausführen.

3. Die Haematocele retrouterina werden wir incidieren, sobald wir uns durch Probepunktion von der Beschaffenheit ihres Inhaltes überzeugt haben.

Zum Schluss möge es mir gestattet sein, Herrn Prof. Freund für die Ueberlassung der Fälle, sowie Herrn Dr. H. Freund für die erteilten Ratschläge meinen aufrichtigen Dank auszusprechen.